

**KOP SURAT  
RUMAH SAKIT / PUSKESMAS**

---

**SURAT KETERANGAN DISABILITAS**

NOMOR : .....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dokter Pemeriksa di Rumah Sakit / Puskesmas

..... menerangkan bahwa:

Nama : .....

Tempat / Tgl lahir : .....

Umur : ..... Tahun

JenisKelamin : Laki-laki / Perempuan \*)

Alamat : .....

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kemampuan fungsional bahwa yang bersangkutan benar-benar sebagai Penyandang Disabilitas berupa :

**1. Jenis / Ragam Disabilitas :**

**a. Disabilitas Fisik**

1) Amputasi (Tangan / Kaki)\*

2) Lumpuh layuh atau kaku (Tangan / Kaki)\*

3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)

4) Cerebral Palsy (CP)

**b. Disabilitas Sensorik**

1) Netra

a) Buta Total

b) Persepsi Cahaya / Low Vision

2) Rungu

3) Wicara

**c. Disabilitas Intelektual**

1) Disabilitas Grahita

2) Down Syndrome

**d. Disabilitas Mental**

1) Psikososial

(Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas, dan Gangguan Kepribadian) \*

2) Disabilitas perkembangan (Autis / Hiperaktif) \*

2. Derajat Disabilitas : .....

.....

3. Penyebab : Sejak Lahir / Kecelakaan dalam Pekerjaan / Kecelakaan  
Lalu Lintas / Penyakit / Akibat Stroke / Akibat Kusta/  
Lain-lain : ..... \*)
4. Alat Bantu yang Digunakan : Ada / Tidak \*)  
Berupa : .....

Surat keterangan ini untuk keperluan: **Persyaratan Melamar Calon Pegawai Negeri Sipil Tahun 2018.**

Tempat, Tgl / Bln / Tahun

Dokter Pemeriksa,

Stempel

.....  
NIP.  
SIP.

**Keterangan :**

- \* ) Coret Yang Tidak Perlu / Sesuai dengan keadaan
- √ Pada kolom yang **Sesuai** dengan keadaan
- X Pada kolom yang **Tidak Sesuai** dengan keadaan